

Anfrage für einen Heimplatz zur vollstationären psychiatrischen Pflege und Betreuung

DOMIZIL Reichshof Fritz-Schulte-Straße 12 51580 Reichshof-Wildbergerhütte Tel.: 02297 9118-0 FAX 02297 - 9118 78 domizil-schillingmann@aph-domizil.com		Verwaltung: Fritz-Schulte-Straße 12 51580 Reichshof		Anfrage für einen Heimplatz V. 1.2	
Angaben zu der/dem Klientin/Klienten					
NAME:	Vorname	Geburtsdatum	Pflegegrad		beantragt am:
					Bescheid liegt vor vom:
Gemeldeter Wohnsitz: Straße PLZ, Ort Telefon/E-Mail		Derzeitiger Aufenthalt (Einrichtung / Klinik etc.): Straße PLZ, Ort Telefon/E-Mail			
Krankenkasse		Diagnosen			
Kostenträger <input type="checkbox"/> LVR <input type="checkbox"/> LWL <input type="checkbox"/> LWV Hessen <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sonstige		Bemerkungen			
Angaben zur gesetzlichen Betreuung oder zur anfragenden Person (Sozialdienst / Pflegeberatung, beh. Ärztin/(Arzt, etc.)					
NAME:	Vorname	Telefon: E-Mail: Fax:			
Institution					
Einverständniserklärung zur Speicherung personenbezogener Daten:					
Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.					
Ihre transparenten Informationen gemäß Art. 13 DSGVO zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Die transparente Informationen gemäß Artikel 13 DSGVO zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie unter http://www.aph-domizil.com/httpdocs/pages/kontakt/datenschutz.php nachlesen.					
Ort Datum:			Ort, Datum:		
_____ Betreuung / ges. Betreuer*in			_____ Klient*in		